

判断神经干内感觉运动神经纤维的损伤程度,也便于认识假性神经瘤形成所产生的压迫同样可损伤存留健康的感觉、运动神经纤维,并为早日施行手术解除神经内卡压以及损伤神经的修复提供依据。如:神经在受伤后,立即出现程度不同损伤应为实质性损伤;而神经损伤后仍保留的部分感觉、运动功能,在伤后 6~8 周不但未见恢复,反而对存留神经产生进行性压迫。对此应尽快手术,对有神经膜内假性神经瘤进行切除,以解除神经内卡压,并对损伤神经束进行皮神经架桥移植修复。

(3) 神经干内卡压综合征,主要由于神经部分神经索损伤后而形成的膜内假性神经瘤压迫,或由于神经内出血致血肿机化形成瘢痕粘连所致。尽管神经干的连续性存在,但其受伤部位表现为:粗细不均、质硬、失去弹性与光泽,有时神经瘤把神经外膜顶起。手术应在显微镜下操作,采取近、远端向有瘤段神经会师或分离,术中可切除粘连、增厚的神经外膜;为了防止器械接触性损伤,对粘连在假性神经

瘤或瘢痕间正常神经束,可用盐水冲开或用显微外科镊夹“小米粒样”棉球推开;然后切除束间瘢痕及假性神经瘤至正常神经束外露,术中应避免损伤神经外膜及神经束膜血管;根据神经束缺损程度,可取自体次要皮神经进行神经移植,采用无损伤针线进行外膜或束膜缝合。把松解、修复的神经置在有健康组织的神经床内,以有利于神经恢复;术后用石膏托置患肢功能位 4~6 周;然后拆去石膏,置在 CPM 肢体关节运动架上进行关节康复治疗。

参考文献

- [1] Nathan PA, Srinivasan H, Linda S, et al. Location of impaired sensory conductor of the median nerve in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg (Br), 1990, 15: 89.
- [2] Kuschner SH, Celberman RH, Jennings C. Ulnar nerve compression at the wrist. J Hand Surg (AM), 1988, 13: 577.
- [3] 洪光祥,朱通伯. 骨间背侧神经卡压与肘外侧疼痛. 中华骨科杂志, 1991, 11(5): 467.
- [4] 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等. 实用骨科学. 北京:人民军医出版社, 1991. 856-859.

(收稿:1998-06-11 编辑:连智华)

• 短篇报道 •

小切口治疗臀肌筋膜挛缩综合征

武富良

(洛阳市第二中医院,河南 洛阳 471003)

1993~1996 年,我科采用小切口臀肌腱性部分及筋膜部分切除术,治疗臀肌筋膜挛缩综合征病 75 例,取得满意效果,现报告如下。

临床资料 本组 75 例中,男 51 例,女 24 例;年龄 2.5~22 岁;单侧发病 22 例,双侧发病 53 例;其中合并股四头肌挛缩屈膝功能受限 2 例,腰背筋膜挛缩驼背 66 例,术前后外伤引起瘢痕增生 7 例。属双胞胎同时发病 8 例。

手术方法 全麻或蛛网膜下腔阻滞麻醉,患者取侧卧位,以大粗隆为顶点,皮下及深部组织注射 1:1000 肾上腺素盐水,沿臀大肌与阔筋膜张肌联合部做皮肤弧形切口,长 3~5cm,直达臀大肌筋膜外,牵开皮肤,骨膜器推开筋膜外脂肪,大部分患者臀肌筋膜及臀大肌上半部分发生纤维变性,顺臀大肌纤维走行,

在大粗隆部将臀大肌腱性部分及部分臀肌筋膜切除 3~4cm,探查臀中、小肌,切断阔筋膜张肌,中立位屈髋无阻力方可关闭伤口。同样的方法完成另一侧手术。

治疗结果 疗效标准(自拟)优:并腿屈髋 $>120^\circ$ ，“蛙式”畸形消失,弯腰摸足试验阴性,坐位交腿试验阴性,胸腰段后突畸形消失,外“八”字步态消失,臀部外观同术前或较前丰满,切口瘢痕增生 $<3\text{cm}$ (包括针对瘢痕增生治疗后的情况);良:并腿屈髋 $<120^\circ$,坐位交腿试验弱阳性,胸腰段生理曲度消失,臀部外观同前,切口瘢痕增生 $>3\text{cm}$;可:并腿屈髋 $<100^\circ$,坐位交腿试验阳性,弯腰摸足试验弱阳性,胸腰段后突畸形存在,跑步或上楼时仍有轻度外“八”字步态,自然下蹲轻度“蛙式”畸形,臀部凹陷无改善

或较前加重,切口瘢痕增生 $>5\text{cm}$;差:术后症状无改善。疗效评定结果:本组 75 例,经 1~3 年随访,优 71 例,良 3 例,可 0 例,差 1 例。

讨论 本文采用的小切口治疗方法,具有以下优点:①切口小,创伤小,不输血,手术省时,病变部位松解彻底,愈后瘢痕增生范围小;②术中臀部无进一步凹陷。部分病人臀中、小肌处于挛缩的臀大肌及筋膜包裹之中,压力较大,切开臀大肌及筋膜后,臀中、小肌自裂口中自行涌出,有利于臀部凹陷的改善;③手术设计术野远离坐骨神经,无坐骨神经损伤之忧;④对个别症状严重的患者,估计切口缝合有困难,切口设计成 60° 角的小“Z”形,缝合伤口时两个三角皮瓣互换位置,即可消灭裸露创面。

(编辑:房世源)